

КАНЕФРОН В ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ, ГЕНИТАЛЬНОЙ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ржеусская Л.Д., Дивакова Т.С.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Пиелонефрит беременных встречается у 6-20,4%, нередко сочетаясь с другими генитальными и экстрагенитальными заболеваниями (1,3,7). Актуальность проблемы эффективной терапии пиелонефрита во время беременности обусловлена его влиянием не только на состояние беременной, течение беременности и родов, но и на отдаленные последствия для плода и новорожденного. Бактериурия беременных значительно повышает риск преждевременных родов, гестоза, гипертензии, анемии и послеродового эндометрита. Значимым является аспект положительного действия консервативного лечения пиелонефрита на сопутствующие генитальные и экстрагенитальные заболевания у беременных.

Целью исследования явилось обоснование использования канефрона в медикаментозном лечении пиелонефрита и сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии у беременных.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе роддома №1 г. Витебска, где проходили лечение 40 (100%) беременных с пиелонефритом. В комплексное лечение этих больных был включен канефрон, который женщины получали в сроке 14-39 недель. Канефрон назначали по 2 капсулы 3 раза в день всего 14-21 день (за период пребывания в стационаре и амбулаторно после выписки из роддома). Повторные курсы приема канефрона проводили в критические сроки амбулаторно, при последующих госпитализациях в стационар, а также в послеродовом периоде. Оценку изменения соматического и гинекологического статуса проводили на основании клинико-лабораторных и аппаратных методов.

Результаты и обсуждение. На основании анамнеза, клинического и лабораторного обследования, данных УЗИ, консультации уролога или нефролога бессимптомная бактериурия выявлена у 3 (7,5%) пациенток, хронический пиелонефрит - у 15 (37,5%), обострение хронического пиелонефрита – у 4 (10,0%), гестационный пиелонефрит – у 18 (45,0%). У 15 беременных в посеве мочи выявлена *E.coli*.

Беременность у обследованных женщин была преимущественно в возрасте 19-25 лет, у 7 – в 31-35 лет, двоим предстоят роды в 16 и 17 лет. Первыми роды будут у 26 женщин, только 15 из них первобеременные. У остальных в анамнезе беременности (1-4) прерывались самопроизвольным, медицинским абортom, у 2 - амниоцентезом (у одной пациентки дважды).

Верификация инфекционного агента при посеве отделяемого из “u” и “с” у беременных с пиелонефрином позволила выявить у 18 кандидозный и трихомонадный кольпит, у 2 были кандиломы вульвы, вызванные ПВЧ. У 2 высаян *Neisseria spp.*, у 1 – *S. epidermidis*, у 2 – *S. anhaemofilicus*, у 2 - *Enterococcus*.

Менструальная функция была нормальной только у $\frac{1}{4}$ беременных с пиелонефритом. Половую жизнь начали с 14 лет 3 женщины, с 15 – 3, с 16 – 3, с 17 – 11, с 18 – 9. Только 11 пациенток начали половую жизнь после 18 лет. У некоторых из обследованных женщин до первых родов или настоящей беременности прошло 8-10 лет активной половой жизни, сопровождающейся персистенцией урогенитальных инфекций.

Кроме отрицательных анатомо-физиологических факторов, способствующих снижению резистентности организма, создающих условия для проявления инфекционных процессов до и во время беременности, формированию не только острой, но и хронической формы пиелонефрита, выявлено много факторов социального, поведенческого характера. Не удивительно, что гинекологический анамнез был отягощен хроническим аднекситом у 6 женщин, хроническим эндо- и миометритом – у 3, сифилисом – у 3, микстинфекцией урогенитальной сферы (уреаплазмоз, микоплазмоз, трихомониаз) – у 8, бесплодием – у 2. Цервицит и эрозия шейки матки была у 15 обследованных женщин. Причем консервативное лечение проведено только у 2 пациенток, у 3 имела место диатермоэлектрокоагуляция шейки матки, у 2 - удаление полипа шейки матки.

Диагностированы множественные экстрагенитальные очаги инфекции: хронический бронхит - у 2, хронический мезотимпанит – у 1, хронический тонзиллит – у 7 (у 2-х из них производилась тонзилэктомия), хронический гайморит - у 1. Носителями патогенного стафилококка являлись 3 женщины, санация ротовой полости необходима трем беременным. Суставной ревматизм перенесли 2, вирусный гепатит – 4 женщины.

Настоящая беременность осложнилась из 17 женщин в сроке 30-37 нед. гестозом легкой и средней степени тяжести у 7, ФПН и

ХПГ – у 15, многоводием – у 2, маловодием – у 1. Анемия I и II ст. была у 16 беременных. У $\frac{2}{3}$ беременных с пиелонефритом диагностирована угроза прерывания беременности, у 1 пациентки произошло прерывание в сроке 24-25 недель.

Во время настоящей беременности структура экстрагенитальной патологии была следующая: бронхиальная астма – у 2 женщин, вегето-сосудистая дистония по кардиальному или гипертоническому типу – у 6, ДМП – у 3, артериальная гипотония – у 5, хронический гастрит – у 7, язвенная болезнь – у 2, мочекаменная болезнь – у 5 (у 1 из них проведена уретеролитотомия). Нарушение обменных процессов в организме беременных обнаружено в виде дефицита массы тела у 12, избыточной массы тела – у 9 (у 3 из них III ст.). Бытовая аллергия выявлена у одной женщины. Частой была патология щитовидной железы: ДЭЗ I и II ст. – у 7, аутоиммунный тиреоидит – у 4, диффузный токсический зоб – у 1, узловой – у 2.

Таким образом, у обследованных женщин с пиелонефритом определялась полиморбидность и много патологии, связанной с инфекционным (77,5 %) и аутоиммунным (42,5%) генезом.

Основные принципы терапии пиелонефрита: антибиотикотерапия в зависимости от вида возбудителя, уросептики, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, метаболическая, седативная, антианемическая и витаминотерапия, токолитическая, гормональная, коррекция фетоплацентарной недостаточности, иммунокорригирующая терапия. Однако в настоящее время при росте аллергических реакций на медикаменты, ограничение использования лекарственных средств в виду их влияния на внутриутробное состояние плода, широкое распространение получили препараты из растительного сырья.

Одним из препаратов растительного происхождения комбинированного действия является канефрон. Он оказывает антисептическое, противовоспалительное, спазмолитическое и мягкое диуретическое действие. У препарата не выявлены аллергизирующие эффекты и отсутствует вредное влияние на плод. Лекарственные растения, входящие в состав канефрона, содержат активные вещества — фенолкарбоновые кислоты, горечи, эфирные масла, фталиды, флавоноиды, обеспечивающие многопрофильность лечебного воздействия на организм. Опыт использования канефрона у беременных с почечной патологией показал высокую эффективность препарата при заболеваниях почек (5), а также несомненный лечебный и профилактический эффект при развитии гестоза у пациенток данной группы (6).

Байрамовой И.Х., Киселевой М.К. (2006) сформулирована главная задача акушера гинеколога - не лечить осложнения, а предупредить их развитие. В связи с этим канефрон назначают: для предгравидарной подготовки женщин, страдающих хроническим пиелонефритом; для лечения пиелонефрита у беременных, начиная с ранних сроков беременности; для профилактики обострений пиелонефрита во время беременности в критические сроки (22 - 28 недель); для профилактики осложнений беременности, в том числе гестозов на фоне пиелонефрита; для профилактики обострений и лечения мочекаменной болезни. Кроме того, что канефрон оказывает положительный эффект при лечении заболеваний урогенитального тракта, снижает количество гестозов и других осложнений беременности, он может обладать и другими положительными свойствами для беременных женщин. Согласно данным Махлаюка В.П. (1993), травы, входящие в состав канефрона (любисток, розмарин, золототысячник, шиповник) могут оказывать положительное действие на многие системы организма.

Беременные хорошо переносили курсы приема канефрона. Побочных явлений не было выявлено ни в одном случае. На фоне приема канефрона отмечена положительная тенденция в ликвидации пиелонефрита, в течении генитальной и экстрагенитальной патологии у всех беременных.

Заключение. Таким образом, применение канефрона у беременных позволит улучшить деятельность желудочно-кишечного тракта, препятствовать развитию ОРЗ и других заболеваний бронхо-легочной системы, разжижать мокроту; улучшать отток желчи. Полезным будет его антианемический, общеукрепляющий и другие эффекты. Использование канефрона у беременных в лечении одновременно пиелонефрита, генитальной и экстрагенитальной патологии, гестационных осложнений, санации хронических очагов инфекции позволит в полной мере воспользоваться положительными и многофакторными эффектами фитотерапии.

Литература

1. Байматова, З. К. Экстрагенитальная патология беременных и состояние новорожденных. / З. К. Байматова, З. Ф. Мурадова, З. Р. Нарзуллаева // Материалы XVI Российского Форума "Мать и дитя" – М., 2006. – С. 27.

2. Байрамова, И. Х. Роль канефрона в терапии пиелонефрита беременных и профилактике гестационных осложнений / И. Х. Байрамова, М. К. Киселева // Материалы XVI Российского Форума "Мать и дитя". – М., 2006. – С. 27-28.

3. Вартанова, А. О. Особенности течения родов и перинатальные исходы у пациенток с острыми гестационным пиелонефритом. / А. О. Вартанова, А. П. Кирющенко, А. А. Довлатян // Акуш. и гин. – 2006. – №2. – С.3-11.

4. Махлаюк, В. П. Лекарственные растения в народной медицине / В. П. Махлаюк. – Саратов: Приволж. кн. изд-во, 1993.
5. Пересада О.А., Лукьянова Т.С. Пиелонефрит, осложняющий беременность / О. А. Пересада, Т. С. Лукьянова // Здравоохранение. – 2004. – №3. – С. 39-44.
6. Современные подходы к коррекции нарушений функции почек у беременных женщин / М. А. Репина [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2004. – Т. LIII, №2. – С. 48-53.
7. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман М.: «Триада, 1999.